



RECHERCHES

SUR LES

HERNIES INGUINALES

CONGÉNITALES ET ACQUISES

PAR

Le Docteur A. BROCA

Prosecteur à la Faculté

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1888


SIGILLVM · COLLEGII · COLVMBIAE · NOVI · EBORACI
IN LVMINE TVO VIDEBIMVS LVMEN

RECHERCHES

SUR LES

HERNIES INGUINALES

CONGÉNITALES ET ACQUISES

PAR

Le Docteur A. BROCA

Prosecteur à la Faculté



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1888

Extrait des **Bulletins de la Société anatomique,**
5e série, tome II, pages 111 à 125 et 272 à 283.

Hernies inguino-interstitielles sans ectopie testiculaire

Par **A. BROCA**.
Prosecteur à la Faculté

Il y a quelques semaines, M. Ricard nous montrait une hernie inguinale interstitielle, volumineuse quoique le testicule fût descendu dans les bourses et, en quelques mots, il en faisait ressortir tout l'intérêt théorique.

La question de la hernie interstitielle, après avoir été étudiée en France dans quelques mémoires importants, a été reprise dans ces dernières années par plusieurs auteurs allemands. Peu à peu, aussi bien parmi nous qu'à l'étranger, on en est venu à attribuer à l'ectopie testiculaire concomitante une importance qui semble exagérée. C'est au moins ce que j'avais conclu d'une observation personnelle dont je me proposais précisément de vous entretenir; chargé de soutenir devant vous la candidature de M. Ricard, je n'ai pas cru pouvoir trouver une meilleure occasion.

Voici d'abord, dans son intégrité, la note que nous a remise M. Ricard :

Obs. I. — *Hernie inguino-interstitielle. — Descente complète du testicule non atrophié*, par A. Ricard, ex-prosecteur des hôpitaux.

« J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique une pièce provenant d'un sujet de l'amphithéâtre des hôpitaux. Il s'agit d'une hernie inguinale gauche, interstitielle, sans ectopie testiculaire. L'orifice de la hernie présente le diamètre d'une pièce de 1 fr. environ; il siège en dehors de l'artère épigastrique, à l'orifice interne du canal inguinal. Au-dessous de lui se trouvent les éléments du cordon. Le sac a une forme étalée, aplatie, et se dirige en grande par-

tie en haut et en dehors, vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il se trouve situé entre l'aponévrose du grand oblique et le muscle petit oblique. A peu près circulaire, il présente un diamètre moyen de 6 à 7 centim.

« Ce qui fait l'intérêt de cette pièce c'est que, contrairement à ce qui a été soutenu jusqu'ici, l'orifice externe du canal inguinal est absolument libre, plutôt large qu'étroit, et donne passage à un cordon qui se termine au testicule, normalement situé dans les bourses » (1).

L'observation suivante, recueillie en 1884 dans le service du professeur Lannelongue, dont j'avais alors l'honneur d'être l'interne, est fort analogue à la précédente. La poche y est certainement moins volumineuse : mais il s'agissait d'une hernie récente, étranglée d'emblée, chez un sujet de 13 ans, et par conséquent probablement congénitale.

Obs. II. — *Hernie inguino-interstitielle étranglée. — Testicule dans le scrotum* (Obs. personnelle, inédite).

Le nommé Dev..., Louis, âgé de 13 ans 1/2 est entré le 22 janvier 1884, salle Denonvilliers, n° 2, service de M. Lannelongue. Cet enfant n'a jamais fait de maladie abdominale antérieure; il se dit habituellement constipé. (Ses parents, qui ne l'ont chez eux que depuis 6 mois, ont dit le lendemain qu'ils le croyaient sujet à la diarrhée.) La dernière selle date du samedi 5 février. Le lendemain, au milieu d'une marche assez longue, l'enfant ressent une douleur assez vive vers la fosse iliaque droite : il est forcé de s'arrêter. C'était au square Montholon. Arrivé à son but, à Montmartre, il porte la main à la région douloureuse et y sent une tumeur allongée. Depuis ce moment il n'a pas mangé, n'a pas eu de selle, n'a pas rendu de gaz. Pendant deux jours il reste chez un oncle.

Dans la nuit du dimanche au lundi, on lui administre un lavement et il rend « de petites crottes très dures ». Le lundi ont commencé les vomissements d'abord grumeleux, alimentaires; de l'huile de ricin est vomie; le mardi, les vomissements deviennent verts. C'est alors que la mère vient chercher son enfant auquel, jusque-là, les cataplasmes sur le ventre et les lavements n'avaient produit aucun effet. Le mardi soir elle va chercher le Dr Magnan qui vient le mer-

(1) J'ajouterai à cette description que le sac est séparé du *fascia transversalis* par toute l'épaisseur des muscles petit oblique et transverse. Ces muscles ne sont donc pas refoulés en haut, et le sac n'est pas en contact avec le fascia transversalis, comme cela est, en général, indiqué.

credi matin et donne une purgation à l'eau de Sedlitz. De là douleurs vives et ballonnement du ventre, tandis que les vomissements prennent un goût très désagréable, « comme pourri », et M. Magnan les qualifie de fécaloïdes. Depuis le mercredi matin, les vomissements n'ont pas reparu. Le jeudi, on essaie des lavements purgatifs, puis un lavement d'eau de Seltz : ce dernier fait sortir 2 ou 3 boules fécales dures et volumineuses. En outre, dans la nuit du jeudi au vendredi, une légère garde-robe spontanée aurait eu lieu. Pendant tout ce temps, pas de frisson, pas de fièvre. Finalement, aujourd'hui samedi, l'enfant est apporté à l'hôpital, comme atteint d'occlusion intestinale.

Actuellement. — Le ventre est un peu tendu ; les anses intestinales ne s'y dessinent pas; ni saillie ni dépression anormales. L'enfant ressent une légère douleur au niveau de la région ombilicale, à peu près indolente cependant à la pression. Le rectum est libre, ne contient pas de matières. Au niveau de la fosse iliaque droite, on sent une tumeur cylindrique, longue d'environ 6 à 7 cent ; de 2 à 3 cent. de diamètre ; en haut se terminant à 2 ou 3 centimètres environ au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, arrivant à peu près en bas au niveau de l'anneau inguinal interne. Cette tumeur est mate, dure, à peu près indolente à la pression même énergique. On isole bien un pli assez épais devant elle, mais M. Kirmisson, appelé d'urgence auprès du malade, ne saurait affirmer si la tumeur est ou non dans la paroi musculaire. Cette tumeur est un peu mobile transversalement. Pas trace de tuberculose dans la famille, ni sur le sujet.

La suppression des selles et des gaz est absolue ; voix un peu cassée ; faciès un peu tiré, mais en somme assez bon ; pouls assez bon. T. 37°,8. Rien à l'auscultation thoracique. En faisant asseoir le malade il a une régurgitation : liquide peu abondant, sans odeur ni couleur. M. Kirmisson ne porte pas de diagnostic précis sur cette tumeur, qu'il pense cependant en relation avec les accidents d'occlusion. En l'absence de diagnostic, il ne se décide pas à intervenir. (Cataplasmes sur le ventre ; prendre d'heure en heure une cuillerée à bouche de la potion : huile de ricin et sirop de nerprun āā 15 gr.; eau 75 gr ; gomme arabique q. s.)

Le 23, matin. L'enfant n'a pas dormi de la nuit, mais il n'a pas souffert. Ce matin à 7 h. 1/2 un vomissement franchement fécaloïde, abondant, sur lequel surnagent des gouttes huileuses. Le faciès est plus grippé, langue sale et sèche, il n'y a toujours pas de signes de péritonite. T. 37°,4.

A 11 h. 1/2, M. Kirmisson opère sous le chloroforme et,

dans l'absence de diagnostic précis, incise sur la tumeur qu'il accuse des accidents. Incision parallèle à l'arcade de Fallope. Après incision de l'aponévrose du grand oblique et d'une mince couche musculaire, on tombe sur une tumeur blanchâtre, entourée d'une membrane qui est bien certainement le péritoine : l'existence d'une hernie est dès lors certaine, hernie en forme de gourde, serrée par une bride située à l'union de 1/4 postéro-externe et des 3/4 antéro-internes. Après incision, en dédolant, d'un pli du sac, une sonde cannelée est introduite et glisse bien jusqu'au bout et le tout est ainsi fendu sur la sonde cannelée. L'intestin est examiné avec soin : c'est l'intestin grêle peu altéré, présentant deux contours serrés ; évidemment un second collet étranglait, outre celui qui avait été vu.

Réduction facile. Le sac n'adhérait pas aux muscles qui l'entouraient de toutes parts ; il n'a pas été réduit ; 4 sutures profondes et 4 superficielles ; drain ; pansement de Lister.

A 1 h. 1/2 l'enfant est bien réveillé, ne souffre pas. P. 120. 4 h. du soir va bien ; indolence ; pilule d'opium de 1/2 cent. T. 38° ; P. 120.

Le 24 matin. T. 37°. Pas de selle, mais a rendu quelqnes gaz. Le faciès n'est plus grippé, les yeux sont nets. Cessation des vomissements. Prend avec plaisir du lait et du bouillon glacés. Le soir, T. 38°.

Le 25. A bien dormi la nuit dernière; a rendu quelques gaz, mais pas de selles. Langue humide et nette. P. 88. T. 37°,6. Le ventre n'est pas ballonné. En faisant le pansement (pour la 1re fois) on le trouve souple et indolent. Pas de suppuration; drain raccourci. Le soir, T. 38°.

Le 26. Va bien. Toujours pas de selles; faciès bon. T. M. et S. 37°,6.

Le 27. Même état, n'a encore pris que du lait. Pas de garde-robe spontanée. Huile de ricin, 15 gr. : procure rapidement une selle abondante. Pansé ce matin. T. M. 37°,2 ; S. 37°.

Le 28. Mangera un peu (bifteck). Selle spontanée.

Le 29. Un peu de diarrhée. Fils retirés. Un drain plus petit. Ne suppure pas en réalité.

1er mars. Persistance de la diarrhée. (Diascordium.)

Le 2. La diarrhée est arrêtée. Drain retiré.

Le 4. Cicatrisation complète. (Diachylum.)

Le 5. Se lève.

Le 12. Envoyé en convalescence à Laroche-Guyon.

I. — Voilà donc deux observations absolument nettes de hernies inguino-interstitielles, l'une étranglée et l'autre non

étranglée, dans lesquelles le testicule est fort bien à sa place, au fond du scrotum, et n'est même pas atrophié. Cela est en contradiction avec la doctrine actuellement classique. Mais je ne crois pas exact de dire, avec M. Ricard, que cela est contraire à tout ce qui a été soutenu jusqu'ici.

En 1834, Goyrand (d'Aix) adressa à l'Académie de médecine un mémoire qui fut publié en 1836 (1). Là, il définit la *hernie inguino-interstitielle* : « une espèce de hernie dans laquelle les viscères sortis de l'abdomen par l'orifice supérieur du canal inguinal, ou par une ouverture anormale du fascia transversalis, au lieu de traverser le canal et de franchir son orifice externe, se logent dans sa cavité, qu'ils dilatent, et dans la partie voisine de l'interstice de la paroi du ventre »; déjà, ajoute-t-il des faits ont été publiés par Lecat, J.-L. Petit, Hesselbach, Lawrence, Velpeau ; c'est la *hernie incomplète* de plusieurs auteurs; Boyer l'appelle *intra-inguinale*, et A. Cooper la nomme *inguinale petite*.

En somme, c'est une descente qui, pour une cause dont Goyrand ne cherche nullement la nature exacte, ne franchit pas l'anneau du grand oblique, ou tout au moins ne le franchit que tardivement après avoir formé, en s'insinuant dans les interstices des muscles larges de l'abdomen, une tumeur intra-pariétale. Si l'intestin s'étrangle, il ne suffira pas de la kélotomie ordinaire : il faudra inciser sur toute la longueur du canal inguinal l'aponévrose du grand oblique; on tombera alors sur le sac, recouvert, pour Goyrand, par le prolongement du fascia transversalis refoulé.

Dans tout cela, la variété de hernie n'a pas d'importance; dans quelques cas rares, on sera en présence d'une hernie directe, ou oblique interne. Le plus souvent il est vrai, il s'agira d'une hernie oblique externe soit acquise, soit congénitale; avec testicule tantôt normal et tantôt ectopié; pouvant atteindre la femme aussi bien que l'homme ; Goyrand en donne des observations avec kélotomie.

Cette manière de voir fut à peu près celle que soutint Dance dans sa thèse (1835). Quelques années plus tard,

(1) Goyrand (d'Aix). De la *hernie inguino-interstitielle;* mémoire adressé le 17 mai 1834 à l'Académie de médecine, publié in : *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1836, t. V, p. 14. Réimpr., in *Clinique Chirurg.* Mém. et obs. de chir., rec. et an. par P. Silbert, Paris, 1870, p. 364. (Nouvelle rédaction datant de 1860.)

Malgaigne insista sur les degrés par lesquels passe fatalement une hernie inguinale. A la pointe de hernie fait suite le 2e degré, dans lequel, la tumeur occupe le canal inguinal. « Quand le sujet tousse, elle soulève la paroi abdominale au devant de ce canal, et présente ainsi une saillie oblongue qui en affecte la direction ; plus rarement elle le dilate dans tous les sens, en soulevant et décollant plus ou moins le grand et le petit oblique ; j'ai vu ainsi, sur un sacristain de Saint-Sulpice, deux hernies interstitielles qui avaient acquis le volume du poing. C'est ce que l'on a appelé hernie intra-pariétale ou interstitielle et je lui ai conservé ce dernier nom. Mais elle passait pour une exception rare avant que j'eusse fait voir que c'est là une phase nécessaire, inévitable de toutes les hernies obliques » (1). Les mêmes idées sont adoptées par M. Richet : la hernie intra-pariétale, ou interstitielle est seulement un degré (2). Jusqu'à cette époque, l'ectopie testiculaire n'est mentionnée qu'incidemment.

Contre cela s'éleva M. Tillaux, en 1871 d'abord, dans un mémoire publié par le *Bulletin de thérapeutique*, à propos d'une kélotomie pour hernie interstitielle accompagnée d'ectopie testiculaire. Puis il y revint, en 1871, dans son traité d'anatomie topographique (3). Il faut réserver le nom de hernie interstitielle à celle *qui ne peut jamais devenir scrotale*, ce pourquoi *la condition anatomique indispensable est l'absence ou l'étroitesse extrême de l'orifice inférieur du canal inguinal.* Cette disposition de l'orifice est intimement liée à l'*ectopie testiculaire ;* ectopie ordinairement inguinale et alors la hernie est congénitale ; rarement ectopie abdominale et alors la hernie n'est pas congénitale.

A peu près en même temps, un élève de M. Tillaux, G. Dreyfus (4), consacrait sa thèse à démontrer que « la hernie interstitielle a une individualité propre », et quelques années plus tard cette opinion fut vulgarisée dans le *Traité* classique de Follin et Duplay (5). Là, malgré quelques légères réserves, la conclusion est que « l'ectopie inguinale ayant été

(1) J. F. Malgaigne. *Traité d'anat. chirurg.*, 2e éd., 1859, t. II, p. 266.

(2) Richet. *Traité prat. d'anat. médico-chir.*, 1855, p. 571.

(3) Tillaux. *Traité d'anat. topogr.*, 1877, p. 735.

(4) G. Dreyfus. *De la hernie inguinale interstitielle. Ses rapports avec l'ectopie du testicule.* Th., Paris, 1877, no 193.

(5) Follin et Duplay. *Traité élém. de path. ext.*, t. VI, p. 144, 1883.

notée dans tous les cas actuellement bien constatés de hernie inguino-interstitielle, on doit, jusqu'à preuve du contraire, admettre que cette hernie se fait toujours par l'anneau inguinal externe et qu'elle se complique toujours de l'inclusion de l'organe mâle. » La même opinion se trouve exprimée dans des travaux allemands récents dont j'aurai à parler dans un instant.

Il est difficile, avec nos observations actuelles, de souscrire à cette assertion. Déjà, d'ailleurs, la 1re et la 2e observation de Goyrand la contredisent : l'une a trait à un homme dont le testicule était en place; l'autre concerne une femme. L'homme fut opéré pour « une tumeur sous-aponévrotique ovoïde, ayant son grand diamètre dans la direction d'une ligne allant de l'épine iliaque antérieure supérieure au pubis » ; l'autopsie prouva que la hernie n'avait jamais été extérieure.

Mais, dira t-on, ces hernies eussent été susceptibles de devenir ultérieurement scrotales. Le contraire, en effet, est impossible à prouver, et, malgré son ancienneté évidente, la pièce présentée par M. Ricard est passible de cette objection : dans aucun de ces faits il n'y a un obstacle invincible à la progression de l'intestin. Or M. Dreyfus, dans son chapitre de diagnostic, où il se propose « de mettre en relief les caractères qui font de la hernie intra-inguinale ou pointe de hernie (1) et de la hernie interstitielle deux affections nettement distinctes », donne comme caractère différentiel que l'inguino-interstitielle ne deviendra jamais scrotale. C'est entrer, gratuitement, dans le domaine de l'affirmation pure, et la preuve en est, par définition, difficile à donner. Cette hernie a été opérée, étranglée, alors qu'elle était encore contenue dans le trajet inguinal dilaté, dissocié même : l'opération coupe court à toute argumentation sur la descente scrotale ultérieure. Et que l'on ne déclare pas cette descente impossible, de par l'ectopie testiculaire et l'étroitesse de l'anneau inguinal externe. Il ne manque pas de hernies qui descendent ainsi quoique la glande séminale ne leur ait jamais frayé la voie. Parfois alors la résistance de l'anneau du grand oblique se manifeste par une dépression circulaire entre les deux parties intra et extra-inguinales de la tumeur. Ailleurs l'arrêt aura été tel que les anses intestinales se seront éta-

(1) Je ferai remarquer que, dans l'esprit de Malgaigne ces mots, créés par lui, correspondent à deux degrés différents.

lées derrière l'aponévrose du grand oblique décollée des plans sous-jacents. C'est ce qui a eu lieu dans une observation de Goyrand. Sans doute, M. Dreyfus la conteste : « que les anses intestinales aient éprouvé un arrêt plus ou moins prolongé derrière l'anneau inguinal trop étroit, qu'à la suite de cet arrêt le canal inguinal ait été dilaté, rien de plus compréhensible, mais de là à conclure à une hernie interstitielle, à cette hernie que Goyrand lui-même loge dans l'interstice des parois abdominales, il y a, croyons nous, de l'exagération. »

Quelle différence fondamentale y a-t-il donc entre la dilatation du trajet inguinal et sa dissociation par une hernie vraiment interstitielle? Il y en aurait une si le trajet inguinal était un canal à paroi propre bien définie : le jour où la paroi serait rompue, la hernie interstitielle existerait. Jusque-là, dilatation simple. Mais l'anatomie descriptive s'inscrit en faux contre cette conception. Les fibres inférieures du petit oblique et du transverse forment au-dessus du cordon une voûte que peu à peu l'intestin soulève, d'autant plus qu'il est mû par une poussée abdominale plus intense et qu'il rencontre à l'anneau externe une résistance plus considérable. C'est par une gradation insensible que l'on passe de la grosse hernie scrotale avec dilatation modérée du trajet à la hernie qui décolle dans une grande étendue l'aponévrose du grand oblique sans envahir les bourses.

Donc il faut revenir à la conception des auteurs que j'ai cités au début de ce travail; la hernie interstitielle ne semble pas avoir d'individualité propre; c'est seulement un degré formant un groupe clinique, important en raison des erreurs de diagnostic auquel il peut donner lieu en cas d'étranglement.

II. — L'individualité propre de la hernie inguino-interstitielle une fois contestée, il faut se demander pourquoi le sac s'arrête ainsi en route. Là interviennent, dans certains cas, l'ectopie testiculaire et l'étroitesse de l'anneau externe, dont M. Tillaux a eu le mérite de bien mettre le rôle en relief par la dissection de sa pièce. La poussée intestinale peut trouver en ce point une résistance plus grande que dans l'adhérence des muscles larges entre eux.

Mais, même quand il y a ectopie, cette pathogénie n'est certainement pas toujours valable. Nous savons, en effet,

aujourd'hui, que le canal péritonéo-vaginal préexiste à la migration du testicule; qu'une voie séreuse s'ouvre devant l'intestin au niveau de l'anneau externe alors même que la glande séminale n'a pas franchi cet anneau (1). Lafont rapporte à cet égard une observation fort importante de Dupuytren : du liquide distendait la portion scrotale du sac péritonéo-vaginal, le testicule étant dans le trajet inguinal, et au-dessus de lui une anse était étranglée par l'anneau inguinal interne (2).

Dans la hernie congénitale étranglée d'emblée, l'intestin s'arrête brusquement au point où le canal vagino-péritonéal se termine en cul-de-sac, ou tout au moins présente un diaphragme percé d'un orifice insuffisant pour lui livrer passage; on trouvera, à ce propos, des observations remarquables dans la thèse de Ramonède (3); une, entre autres, du professeur Panas où, au-dessus d'un épanchement abondant de la tunique vaginale, une anse intra-inguinale étranglée n'avait pu dépasser un diaphragme séreux, valvulaire, situé au niveau de l'anneau du grand oblique. Mais l'anneau lui-même n'avait rien à y voir. Voici donc une autre cause à la hernie interstitielle : l'oblitération ou la perméabilité insuffisante du canal péritonéo-vaginal au niveau de l'anneau inguinal externe ou (ce qui est anatomiquement plus rare) dans le trajet inguinal lui-même. Pour franchir cet arrêt, il faudra que la poussée abdominale provoque le glissement du péritoine.

Dans un mémoire communiqué au Congrès des chirurgiens allemands en 1885, Meinhardt Schmidt (4) a relaté une observation où, opérant une hernie interstitielle étranglée, il a trouvé le testicule dans le sac inguinal, et ce sac communiquait avec le péritoine par un orifice situé à la hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure et un peu en dedans d'elle. Ce n'est pas là la place normale de l'anneau inguinal

(1) C'est probablement par oblitération de ce prolongement scrotal inutile que l'on doit expliquer le tractus fibreux (vu par Meinhardt, Schmidt et par Rumpel) qui parfois part du fond du sac intra-inguinal et traverse l'anneau externe pour se perdre sous la peau.

(2) *Th. de Paris*, 1830, n° 82, p. 11 (d'après Ramonède).

(3) Ramonède. *Le canal vagino-péritonéal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte*, Th., Paris, 1883.

(4) M. Schmidt. *Erklärungsversuch zur Genese der Hernia inguinalis interstitialis und Hernia properitonealis.* Compte rendu in, *Centr. f. chir.* 1885, n° 24. *Beilage*, p. 74.

interne, et, aucune cause mécanique n'expliquant ce déplacement, l'auteur arrive à en conclure que c'est une déviation congénitale, due elle-même à une insertion vicieuse du gubernaculum testis. Le testicule ne peut arriver au bout du trajet inguinal ainsi allongé : de là et l'ectopie et la hernie. Mais on peut d'abord objecter à cette manière de voir que, d'après Ramonède, lorsque le trajet inguinal est distendu par une hernie, il se fait un refoulement en arrière et en dehors de l'orifice interne; ce déplacement dit congénital pourrait donc bien être acquis. D'ailleurs, dans une thèse récente, Rumpel (1) a contesté cette opinion de M. Schmidt. D'après lui, deux hypothèses sont possibles : ou bien le testicule ne descend pas dans la partie inférieure, oblitérée, de la vaginale ; ou bien, vicieusement, le gubernaculum s'insère dans le trajet inguinal.

Tout cela serait à discuter s'il s'agissait d'expliquer l'ectopie testiculaire. Mais là n'est pas la question. Or il ne manque pas de hernies scrotales avec ectopie testiculaire ; j'ai déjà cité des hernies interstitielles accompagnées d'hydrocèles scrotales (obs. de Dupuytren, de Panas) ; je reviendrai, sur les hernies interstitielles sans ectopie testiculaire : autant d'arguments empêchant de se laisser convaincre, à supposer même que cette déviation soit parfois réelle.

Plus récemment, Kuester (2) a rapproché de la hernie inguino-interstitielle une variété qu'il a appelée *inguino-superficielle* pour que cette ressemblance de noms éveillât l'idée d'une pathogénie comparable. Cette variété, comme l'autre, « est liée à des déviations de la descente normale du testicule » ; ici, « le sac sort de l'anneau inguinal externe mais ne s'engage qu'incomplètement ou pas du tout dans le scrotum, et se porte soit en haut et en dehors sous la peau de l'abdomen, soit en bas et en dehors sous celle de la cuisse, soit en arrière sous la peau du périnée. »

On voit immédiatement que ces faits en apparence si semblables sont en réalité disparates. Tout d'abord, le testicule est en ectopie crurale ou périnéale et l'intestin se porte avec lui dans cette vaginale à siège anormal : au siège près, cette

(1) Th. Rumpel. *Ueber den insterstitiellen Leistenbruch*, Inaug. Dissert. Marburg. 1887. *Anal.* in *Cent. f. Chir.*, 1887, p. 980.
(2) E. Kuester. *Beiträge zur Lehre von den Hernien.* in *Arch. f. Klin. chir.*, 1886, t. XXXIV, p. 202.

hernie a exactement la pathogénie de la hernie congénitale ordinaire. Mais la *hernia inguino superficialis abdominalis*, que le testicule ectopié accompagne jusqu'à l'anneau du grand oblique, remonte-t-elle dans un sac préformé ; dans un sac que l'ectopie testiculaire peut à elle seule faire comprendre ? Cela est possible, mais non probable. La vaginale s'arrête à l'anneau et ne descend pas dans le scrotum : soit ; mais la hernie une fois arrivée là produit, par glissement et par décollement, un sac sous-cutané. Ce sac peut se constituer fort bien alors même que le testicule est descendu dans les bourses ; que la hernie, elle aussi, a distendu le scrotum. Ces deux conditions sont réunies dans l'observation suivante, que je dois à l'obligeance de mon ami Delbet, prosecteur provisoire à la Faculté. Dans cette observation, il s'agit encore d'une hernie congénitale, mais avec sac scrotal. Un bandage a-t-il été la cause de ce sac diverticulaire : c'est fort possible, tout comme dans la pièce de M. Ricard. Les renseignements manquent pour ces hernies recueillies sur des sujets de dissection. En tout cas la preuve en ressort nettement que, ici encore, l'ectopie testiculaire n'est pas indispensable.

Obs. III. — En avril 1886, je constatai sur un sujet de l'école pratique, une hernie scrotale volumineuse du côté droit. En examinant cette hernie, je remarquai qu'outre le sac scrotal, il existait un second sac situé dans la paroi abdominale et remontant presque jusqu'à l'ombilic. Cette poche abdominale paraissait tout à fait superficielle.

Les deux parties scrotale et abdominale de la hernie se laissaient réduire avec une égale facilité, et une fois l'intestin réduit, on trouvait au lieu du trajet inguinal, un large orifice, qui admettait aisément deux doigts.

En disséquant cette hernie, je constatai que le trajet inguinal était réduit à ce simple et large orifice dont j'ai parlé. Il n'y avait donc pas le moindre rétrécissement, mais au contraire une large ouverture béante, qui mesurait au moins 3 centimètres dans le sens transversal et 2 dans le sens vertical. Cet orifice conduisait directement dans les bourses, sur le testicule même.

L'intestin était donc au contact du testicule ; la hernie était congénitale et testiculaire, dans le sens que Malgaigne a donné à ce mot ; c'est-à-dire que le conduit vagino-péritonéal était largement ouvert sur toute son étendue.

La poche abdominale était située dans le tissu cellulaire sous-cutané entre la peau et l'aponévrose. Elle était assez

vaste pour contenir aisément le poing. Elle communiquait avec la poche scrotale, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, par un collet un peu rétréci, mais capable toutefois de laisser passer deux doigts.

En somme, il y avait coïncidence d'une poche abdominale considérable, et d'une hernie congénitale testiculaire sans rétrécissement du canal vagino-péritonéal. Mais la poche abdominale était sous-cutanée.

Je conclurai donc que la hernie inguino-interstitielle et la hernie inguino-superficielle abdominale sont comparables, mais non comme l'entend Kuester. Elles résultent d'une perméabilité insuffisante ou nulle du scrotum, et alors l'intestin s'étale soit sous la peau, soit sous l'aponévrose du grand oblique. Cela dépend, en grande partie, du siège de l'obstacle. Dans bien des cas, cet obstacle sera cause ou effet d'une ectopie testiculaire concomitante. Mais cette ectopie n'est nullement nécessaire.

Ces variétés semblent exister surtout parmi les hernies congénitales, et s'expliquent alors soit par l'oblitération réelle du canal vagino-péritonéal au niveau de l'anneau inguinal externe, soit par l'existence, en ce point, d'un diaphragme infranchissable. La hernie reste alors interstitielle parce que le sac intra-inguinal se laisse distendre plutôt que de glisser : cela va bien avec ce que Ramonède nous apprend sur l'adhérence du sac vagino-péritonéal. Mais rien ne prouve qu'une hernie acquise ne puisse se comporter de même ; que la pièce de M. Ricard ne soit pas de cette nature. Alors, la pression d'un bandage mal fait joue peut être un certain rôle.

L'étranglement de la hernie interstitielle semble surtout fréquent dans la hernie congénitale et l'anatomie normale ou pathologique nous explique bien ce fait. Malgaigne affirme que, dans la hernie au 2e degré « ce sac est allongé dans le canal, quelquefois en forme de doigt de gant, conservant les mêmes dimensions que son orifice ; d'autres fois, il se dilate en forme de gourde avec un goulot plus ou moins rétréci, et le péritoine au niveau du goulot forme des plis faciles à dilater, tant qu'il n'y a pas là de travail pathologique, l'étranglement est encore impossible (1).

Cela est parfaitemsnt vrai pour la hernie acquise, laquelle d'autre part provoque rarement ce travail d'inflammalion

(1) *Loc. cit.*, p. 257.

chronique avant d'être devenue oschéocèle, ou tout au moins bubonocèle. Mais la question change tout à fait avec la hernie congénitale. Là, l'étranglement d'emblée est fréquent, l'intestin s'engageant brusquement dans un canal préformé dont la limite inférieure, variable, est parfois intra-inguinale. Alors existent deux causes d'étranglement aigu : ces valvules tranchantes dont Ramonède a si bien décrit le siège et le rôle ; la contracture des muscles petit oblique et transverse soumis à un décollement brutal. Cette seconde cause, indiquée par Murray en 1788, a été invoquée de nos jours par M. Tillaux, et une expérience de Ramonède lui donne quelque appui. Mais il ne faut pas oublier, tout en tenant compte de cette action musculaire, que dans toutes les observations publiées (et la nôtre ne fait pas exception à la règle), il a fallu débrider l'anneau inguinal interne.

III. — Il me reste à examiner un rapprochement établi par Kuester, et surtout par M. Schmidt, entre les hernies que je viens d'étudier à la hernie inguino-propéritonéale.

Kuester se borne à considérer que dans tous ces cas il y a une anomalie dans la descente du testicule. Nous venons de voir ce qu'il en faut penser. Mais Meinhardt Schmidt va plus loin. Ici, je cite textuellement le résumé que lui-même a donné de son mémoire. Après avoir décrit la hernie interstitielle, il ajoute : « Si dans ces circonstances le sac envoie à travers l'anneau inguinal externe un prolongement scrotal, il en résulte la forme de la hernie en bissac ou de la hernie propéritonéale. Ainsi, le sac propéritonéal serait devant le fascia transversalis, ne serait donc pas à proprement parler pro-péritonéal. D'ailleurs, le siège derrière le fascia n'est pas prouvé pour tous les cas décrits comme hernies inguino-propéritonéales (cas de Trendelenburg et d'Oberst). Pour expliquer embryonnairement le siège du sac pro-péritonéal derrière le fascia, on pourrait admettre que le gubernaculum, après s'être inséré trop en haut et en dehors sur la paroi abdominale antérieure, se porte d'abord sous le péritoine vers la symphyse et ne pénètre dans l'épaisseur de la paroi qu'une fois parvenu ainsi au niveau normal de l'anneau inguinal interne ».

Il semble immédiatement qu'il y ait quelque contradiction entre le début et la fin de cet exposé. Par suite d'une disposition anormale un trajet sous-séreux se crée ; dans ce trajet se forme un sac diverticulaire également sous-séreux ; il

s'agit là d'un sac diverticulaire préformé. Par suite d'un arrêt de cause quelconque l'intestin ne peut franchir l'anneau externe et le sac se distend en un diverticule entre les muscles de la paroi: cette pathogénie ne peut en rien se rapprocher de la précédente. L'existence possible, dans un cas comme dans l'autre, d'un prolongement scrotal, ne suffit pas à effacer cette différence primordiale.

En outre, il n'est probablement pas nécessaire d'invoquer une disposition anormale du péritoine et du cordon. Ramonède a décrit à l'orifice interne de l'anneau inguinal, ou plutôt en arrière de lui, sur le psoas, un repli valvulaire limitant derrière la paroi abdominale une sorte de vestibule du canal vagino-péritonéal. Ce repli valvulaire est normal, à vrai dire, je l'ai constaté dans ces derniers temps sur plusieurs nouveau-nés dont le canal vagino-péritonéal n'était pas encore oblitéré à la naissance. Je vous le montre sur cette pièce d'adulte, où il recouvre l'orifice interne encore perméable du canal vagino-péritonéal. Comme le dit fort bien Ramonède, la dilatation de ce vestibule peut expliquer le sac pro-péritonéal de la hernie congénitale.

La même disposition existe-t-elle chez la femme à l'entrée du canal de Nück? (1) C'est là un point sur lequel je commence quelques recherches. Aujourd'hui, je me borne à vous montrer la manière dont, chez la femelle du chacma, le ligament rond s'engage dans la paroi abdominale. Ce ligament, fixé par une sorte de méso, a un trajet sous-péritonéal assez long et se trouve entouré d'une cavité séreuse qui commence sous un repli valvulaire en croissant. La corne inféro-interne de ce croissant est entourée par une autre valvule conduisant dans une cavité analogue où s'engage un tractus qui paraît être une division du ligament rond. Voilà deux cavités qui pourraient se dilater, l'une en un sac inguinal, l'autre en un sac propéritonéal inféro-interne. Y a-t-il une disposition analogue chez la femme, chez l'homme même au niveau du gubernaculum? Cela peut-il se produire, à défaut d'état normal, par une sorte de rappel atavique? Autant de points sur lesquels je n'avancerai aucune réponse.

(1) Le canal de Nück chez la femme a été nié en 1865 par M. Duplay dans sa thèse inaugurale (*Des collections séreuses et hydatiques de l'aine*), et plus récemment par M. Beurnier (*Recherches sur les moyens de fixité de l'utérus*. Th. doct., 1886). Je possède plusieurs pièces humaines prouvant que cependant ce diverticule séreux a une réalité indiscutable.

Lipomes inguinaux sous-péritonéaux

Le rôle des lipomes sous-péritonéaux dans la production des hernies pour les uns, dans leur guérison pour les autres, a donné lieu à de nombreuses controverses. Pelletan a fait voir des hernies crurales nées par engagement de l'intestin dans un sac péritonéal créé par la traction d'un lipome; puis on a voulu généraliser cela et l'étendre à certaines hernies inguinales acquises. Je ne mentionne que pour mémoire ces discussions, résumées avec soin dans le *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay (1). Je n'y reviendrais pas si je n'avais lu récemment le résumé d'une communication de M. Hutchinson à la *Société pathologique* de Londres.

Cet auteur a présenté deux hernies graisseuses de la ligne blanche, nées du tissu sous-péritonéal et ayant entraîné à leur suite un cul-de-sac séreux. « C'est également ce qui arrive pour les hernies graisseuses crurales et inguinales » (2).

Or j'ai trouvé dans mon pavillon et dans celui de mon excellent ami Boiffin plusieurs pièces de lipomes inguinaux volumineux n'ayant causé aucune dépression péritonéale. Je vous en apporte trois exemples des plus nets. Ces lipomes sont extrêmement fréquents sur les sujets adipeux, dont la paroi abdominale surtout est surchargée. Chez eux, la graisse forme dans la fosse iliaque une épaisse couche sous-péritonéale qui s'engage souvent dans le trajet inguinal et le long du cordon, dans sa gaine et à sa face externe, apparaît à l'anneau inguinal externe puis descend vers le scrotum et, sur une des pièces que je vous présente, va ainsi presque jusqu'au testicule. Cette graisse forme une masse cylindrique, grosse comme l'index environ, qui à partir du canal inguinal se régularise par la compression exercée sur elle par la gaine du cordon et s'individualise ainsi en un véritable lipome, continu en haut avec la graisse sous-péritonéale.

(1) Follin et Duplay. *Traité élém. de path. ext.*, t. VI, p. 22, 1883.
(2) Voy. *Bulletin médical*, 1888, t. II, p. 51.

Mais en décollant le péritoine on voit qu'il n'y a aucune adhérence entre le lipome à la séreuse ; que cette séreuse, d'ailleurs, n'offre pas trace de dépression, même dans le cas où le lipome descend presque jusqu'au testicule. Sans doute, les anneaux sont dilatés et cette graisse, engagée peut être par la pression abdominale, affaiblit la résistance du trajet inguinal. Peut-être est-ce là une prédisposition à la hernie ; mais ce n'est certainement pas par traction qu'agissent ces lipomes.

Je signalerai l'erreur de diagnostic possible entre cette masse graisseuse faisant saillie à la racine des bourses et une petite épiplocèle adhérente.

Pièces relatives aux hernies inguinales congénitales et acquises

Hernies avec hydrocèle vaginale. — Cure radicale avec récidive. — Hernies directes. — Etranglement de la hernie congénitale chez l'enfant. — Ectopie inguinale du testicule.

I. — HERNIES AVEC HYDROCÈLE VAGINALE.

Il est un point qui ne sera nullement traité ici : celui qui est relatif à la hernie vaginale enkystée d'A. Copper et aux discussions qu'elle soulève.

La coexistence de la vaginalite avec la hernie inguinale n'est pas rare, si bien que P. Reclus a noté l'existence d'une hernie dans 1/3 des observations d'hématocèle dite spontanée (1) ; or, on sait nettement aujourd'hui que l'hydrocèle n'est qu'un degré ou qu'une modalité de la vaginalite. Les pièces que je vous présente montrent nettement que la séreuse, distendue par du liquide, est épaissie, blanche, nacrée ; elle n'a pas toutefois trop perdu son poli. Ailleurs, il n'y a pas de liquide, mais il y a des adhérences qui oblitèrent complètement la cavité (Obs. IV).

Cette vaginalite semble être due à l'irritation provoquée par la hernie et se manifester surtout quand le sac arrive au contact de la tunique vaginale. Dans ce cas, Curling (2) affirme que la hernie se place toujours derrière l'hydrocèle. Les pièces que j'ai disséquées confirment cette opinion.

Il a été dit par Cloquet que la traction sur le cordon

(1) P. Reclus. Art. *Hématocèle*, in Dict. encycl des sc. méd. 1887.
(2) Curling. In *Traité prat. des mal. test., etc.*, trad. par L. Gosselin, Paris, 1857, p. 217.

déprime la fossette inguinale externe du testicule et prédispose à la hernie. Cela s'observe, d'après lui, dans certaines hydrocèles volumineuses et cela explique la coexistence sur laquelle j'insiste aujourd'hui (1). Cette opinion est émise par Curling. Depuis, d'autre auteurs ont mentionné ce rôle de la traction du cordon. Sarrazin (2) montre que cette fossette se produit au centre même des éléments du cordon et interprète ainsi les faits où ces éléments sont dissociés à la surface du sac. Cette théorie a été généralisée depuis par Heckel qui, mettant à part la hernie vagino-péritonéale, explique ainsi, par la traction du testicule, la prédominance de la hernie inguinale dans le sexe masculin (3).

Que cette traction joue un rôle dans la hernie inguinale, c'est une discussion où je ne m'engage pas pour le moment. J'affirme seulement qu'il n'en est pas toujours ainsi car : 1° dans mon observation I, l'hydrocèle a suivi de loin l'apparition de la hernie; 2° dans mon observation II, la hernie est directe et on n'a pas parlé, que je sache de dépression de la fossette moyenne par une traction sur le cordon.

Cette complication est-elle plus fréquente dans la hernie inguinale congénitale? Je n'en sais rien. Il faut probablement, toutefois, s'en méfier, car la prédisposition semble réelle quand la partie devenue herniaire communique avec la vaginale par un petit pertuis, fait parfois observé. Dans ce cas, comme pour toute hydrocèle dite congénitale, la tumeur peut fort bien ne paraître pas réductible et la communication n'être pas, dès lors, possible à diagnostiquer. Cela a quelque importance pour la thérapeutique, car l'injection de teinture d'iode pourrait causer des accidents si on la pratiquait, sans méfiance, dans une poche ainsi ouverte dans le péritoine. Au reste, on n'arrivera guère à guérir l'hydrocèle que si on assure la réduction de la hernie. D'autre part, la tumeur vaginale sera souvent un obstacle au bandage. Peut-être y aurait-il donc là une indication à la cure radicale :

(1) Cloquet. *Rech. sur les causes et l'anatomie des hernies abd.* Thèse pour le concours de chef des trav. anat. Paris, 1819, p. 22 (Obs. III et IV) ; p. 36 (Obs. XVI); p. 67 (Obs XLVII).

(2) Sarrazin. Art. *Inguinale*, in Nouv. dict. de méd. et chir. prat. p. 12 et 17, Paris 1874.

(3) Heckel. *Ueber die Ursachen der Unterleibsbruchen und Speciell der Leistenbrüche*, in *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1878, t. IX, p. 49.

en pareil cas, le vrai traitement de l'hydrocèle serait l'incision antiseptique et concomitante (1).

Obs. I. — *Hernie congénitale. Hydrocèle concomitante.* — Homme de 35 ans, serrurier, observé dans le service du professeur Trélat (hôp. de la Charité, salle Ste-Vierge, n° 26 bis), le 7 mars 1888. Cet homme raconte qu'il y a 10 ans, étant soldat, une hernie droite lui est venue brusquement, dans un effort pour sauter à cheval. La réduction a été facile et depuis la contention a été aisément obtenue au moyen d'un bandage. Les accidents sont nuls. Il y a 3 mois, le malade a constaté que la bourse droite était volumineuse. Le début, cependant, est évidemment plus ancien que cela, car la tumeur n'a guère grossi depuis que le malade la connaît. La pression éveille la douleur testiculaire en haut et en arrière. Partout, sauf en ce point, la tumeur est transparente. Fluctuation parfaite. La palpation semble révéler, pourtant, que la paroi est épaissie. La brusquerie de la hernie, la position du testicule, font porter le diagnostic : hernie congénitale. L'hydrocèle, dès lors, est-elle communicante? cela n'est pas probable car : 1° la réductibilité est nulle; 2° il n'y a aucune variation de volume du soir au matin ou inversement. Rien à gauche.

Obs. II. — *Hernie directe bilatérale, avec persistance de l'orifice supérieur du canal vagino-péritonéal. — Hydrocèle à droite.*

Homme âgé. Sur le cadavre on constate à droite les signes physiques d'une hydrocèle. Incision de la peau et du dartos, normaux, faciles à isoler des enveloppes profondes. De l'anneau du grand oblique mis à nu, on voit descendre le crémaster très développé et adhérent par sa face profonde à la fibreuse commune distendue en bas par l'hydrocèle, en haut par un sac herniaire.

Incision de la vaginale. — La poche a 6 cent. de diamètre longitudinal. Elle contient un liquide brun, mais translucide. Le testicule est en bas et en arrière. La séreuse est d'un blanc opaque ; elle est épaissie (1 millim. sur le feuillet pariétal), et présente des adhérences réticulées à la jonction du feuillet pariétal et viscéral. Le bord externe de l'épididyme est absolument adhérent au testicule.

(1) Ce travail était sous presse lorsque M. Schwartz a communiqué au Congrès de chirurgie une observation où l'incision antiseptique de l'hydrocèle a été le complément efficace d'une cure radicale.

Incision de la poche funiculaire — Sous la fibreuse commune on tombe dans un sac herniaire qui descend, derrière le sommet de l'hydrocèle, jusqu'au niveau du testicule. En bas, ce sac, très facile à décoller, est en avant du cordon ; en haut, il est nettement en dedans de lui. Il n'y a pas d'épaississement du collet ; pas d'induration de l'anneau fibreux ; pas d'adhérences sérieuses à l'anneau. Par l'abdomen, on voit qu'il s'agit d'une hernie directe, entre l'artère ombilicale oblitérée et l'épigastrique.

Le collet est franchement en dedans du canal déférent. En dehors et au-dessus de ce canal existe un orifice large de 4 à 5 millim., limité par la valvule telle que l'a décrite Ramonède à l'entrée du canal vagino-péritonéal. Cet orifice conduit dans un canal infundibuliforme, facile à cathétériser jusqu'à l'anneau du grand oblique. Là, un canal qui admet une soie de sanglier, lui fait suite et descend jusqu'à trois centimètres au-dessous de l'anneau. Ce petit diverticule séreux, vestige évident du canal vagino-péritonéal, est au milieu des fibres musculaires, très accentuées, du crémaster interne. Il est en dehors du canal déférent. Incisé, il ne présente pas trace de valvule au niveau de l'anneau externe.

A gauche, les dispositions sont à peu près identiques. Mais : 1° le sac herniaire ne descend qu'à trois doigts au-dessous de l'anneau du grand oblique ; 2° il n'y a pas d'hydrocèle et la vaginale, non enflammée, envoie le long de la face interne du cordon un petit prolongement, très étroit, long de 2 centim.

Obs. III. — *Hernie à droite probablement congénitale ; hydrocèle.*

Homme âgé. Bourses normales à gauche. A droite, hernie et hydrocèle. Peau et dartos normaux, faciles à décoller. Le crémaster et la fibreuse commune sont normaux.

Incision de la vaginale. — Poche ayant 7 centim. de diamètre longitudinal ; liquide brunâtre, mais translucide. Le feuillet pariétal a 2 millim. d'épaisseur ; il est facile à décoller de la fibreuse commune et est décomposable, par lambeaux, en plusieurs strates. La surface interne est lisse. L'épididyme est encore libre au milieu de sa face antéro-inférieure. Le sac vaginal est absolument fermé. Derrière lui descend un sac herniaire. Ce sac peut à peu près partout être isolé très facilement à l'aide du doigt. Mais il est solidement uni à la vaginale, par son sommet, à l'aide d'un tractus fibreux très résistant. Le contenu est la dernière anse de l'intestin grêle, derrière laquelle est la moitié libre de l'appendice

vermiculaire. Le cœcum est abaissé. Son fond est très rapproché de l'anneau interne; il est seul libre, la presque totalité de la face postérieure du cœcum étant directement appliquée sur la fosse iliaque. La hernie est oblique externe. Vu le tractus fibreux l'unissant à la vaginale, elle est probablement congénitale. Pas trace de valvules.

Obs. IV. — *Hernie externe avec dissociation du cordon. — Adhérences inflammatoires de l'intestin grêle. — Oblitération de la tunique vaginale. — Inversion de l'épididyme.*

Homme adulte, vieux. Scrotum, testicule, région inguinale normaux à gauche. A droite le scrotum est distendu par une volumineuse hernie. Dissection après incision oblique suivant le trajet inguinal et se prolongeant sur toute la hauteur de la bourse droite. Peau et dartos normaux, faciles à décoller des enveloppes profondes, qui ont un aspect blanc particulier. Il est d'abord évident que le testicule présente une inversion antérieure et dans les éléments du cordon, éparpillés autour du sac herniaire, le canal déférent est en dedans et en avant, l'artère spermatique étant en dedans et en arrière, à environ 2 cent., en bas, l'un de l'autre. Le tout est entouré par la fibreuse commune, à la surface de laquelle je n'ai pas trouvé de fibres du crémaster. En incisant la vaginale sur le bord libre (postérieur) du testicule, on constate que cette séreuse est épaissie, à peu près complètement oblitérée par des adhérences inflammatoires. Au-dessus, on ne peut pas isoler la fibreuse commune du sac herniaire également épaissi. Il faut sculpter, pour ainsi dire, le canal déférent pour le suivre jusqu'en haut. L'artère spermatique, au contraire, adhère peu et proémine en dedans dans une cavité d'apparence séreuse que j'ai incisée en disséquant l'artère. Je me croyais dans une cavité bien close, mais j'ai vite constaté qu'en haut, jusqu'à l'anneau du grand oblique, le doigt prolongeait artificiellement le décollement naturel en bas. Il s'agit donc d'une sorte de bourse séreuse accidentelle continue en haut avec un tissu cellulaire lâche. Le sac herniaire une fois ouvert, on constate qu'il est blanc et épaissi. Sa face antérieure est libre. Mais une anse d'intestin grêle est adhérente à sa paroi postérieure, libre seulement par son sommet, et encore les deux chefs sont-ils fort rapprochés l'un de l'autre par un tissu fibreux dense. Cette anse est la dernière de l'intestin grêle. Le chef inférieur est comme incrusté dans la paroi; le chef supérieur est plus libre dans ses mouvements. Le chef inférieur, presque au sortir de l'anneau interne, se jette dans le cœcum dont le fond est tout près du collet du sac. Dans son

trajet abdominal, ce chef est également adhérent. Le cœcum n'est libre que par son fond ; mais les adhérences qui fixent sa paroi postérieure sont, comme les précédentes, manifestement inflammatoires. L'appendice est libre. Une adhérence unit surtout le cœcum au côté externe de l'anneau. Le collet du sac est de ce côté adhérent à l'anneau ; en dedans il est facile à décoller. Le trajet inguinal est devenu direct, mais l'artère épigastrique est en dedans et au-dessous du collet.

II. — ÉTRANGLEMENT DE LA HERNIE CONGÉNITALE CHEZ L'ENFANT

L'étranglement de la hernie inguinale congénitale chez l'adulte est à l'ordinaire aigu, grave ; au bout de peu d'heures, il est fréquent de trouver l'intestin déjà perforé. Dans une thèse remarquable, notre ancien collègue Ramonède en a bien mis la cause en évidence : dans le canal vagino-péritonéal anormalement perméable existent des brides plus ou moins tranchantes, vestiges d'un essai d'oblitération. Sur ces valvules, qui font complètement ou incomplètement le tour du canal, l'anse intestinale ne tarde pas à se couper. La pièce dont la description suit, montre la réalité de ces dispositions : elle confirme de point en point les assertions de Ramonède. On remarquera que du côté opposé le testicule est en ectopie.

Obs. V. — *Ectopie intra-inguinale par adhérence anormale du testicule gauche, à droite, persistance du canal vagino-péritonéal.*

Adulte jeune. L'inspection simple montre que le scrotum est asymétrique. Il n'y a pas de raphé visible et la bourse droite est seule développée. A la palpation, on ne sent que le testicule droit. En ouvrant l'abdomen, on voit à gauche l'artère spermatique et le canal déférent se rendre au côté interne d'un anneau inguinal interne large d'environ 2 centim. En y introduisant, contre le côté externe, l'extrémité de l'index, on amène le testicule au dehors, mais on voit alors que ce testicule est fixé par une extrémité à la lèvre abdominale de l'anneau inguinal, au côté interne de cet anneau. L'adhérence est blanche, fibreuse, résistante, large de 15 millim. Ce testicule, fort atrophié, est donc logé dans le trajet inguinal, de la façon suivante. Son bord libre regarde

la paroi postéro-interne, son bord coiffé de l'épididyme répond à la paroi antéro-externe du canal. Son extrémité inférieure est libre. Le canal déférent vient normalement du petit bassin. Sur le psoas il croise l'artère spermatique (contenue dans une bride séreuse) en passant au-dessous d'elle et décrit dans le trajet inguinal une anse qui va à mi-chemin de l'anneau du grand oblique. Le chef descendant de cette anse est sous la séreuse de la paroi postéro-externe du canal; il est godronné. Son chef ascendant est rectiligne; il remonte en dedans du précédent et gagne l'extrémité supérieure du testicule. La glande séminale n'est donc fixée absolument que par son extrémité supérieure. Une large cavité séreuse occupe le trajet inguinal et descend au-dessous de l'anse du canal déférent.

Cette séreuse franchit l'anneau du grand oblique et à partir de ce point se rétrécit considérablement. Mais un trajet séreux long de 2 centim. va adhérer aux tissus de la base des bourses et on ne l'efface nullement en tirant par en haut sur le trajet séreux intra-inguinal.

A droite, le canal vagino-péritonéal s'ouvre dans l'abdomen sous une valvule telle que la décrit Ramonède. En incisant de bas en haut la face antérieure de la tunique vaginale, on voit que la perméabilité du canal vagino-péritonéal est complète. La portion testiculaire se continue avec un canal cylindrique qui entoure les deux tiers antérieurs du cordon, jusqu'à 5 centim. au-dessus de la tête de l'épididyme; sa paroi est bien lisse. Là, on arrive à un pli valvulaire saillant et en étalant la séreuse après incision de la face antérieure on a de chaque côté du cordon, un peu saillant, l'aspect d'une valvule semi lunaire conduisant dans une sorte de tunnel en cul-de-sac, profond de 4 millim. en dedans; de 15 millim. en dehors. Ces deux replis sont unis par une légère saillie séreuse en avant du cordon. Il existe un autre diaphragme séreux à l'anneau du grand oblique et, le canal une fois étalé, un tunnel semblable aux précédents, mais descendant, apparaît sur le côté interne du cordon. Il est long de 12 millim. environ, et se termine, lui aussi, en cul-de-sac. Entre ces deux diaphragmes valvulaires, tout l'intervalle est sillonné de brides séreuses multiples, entre lesquelles est encore un diverticule. Toute cette partie est constituée par une séreuse mince, souple, lisse. Au-dessous du diaphragme supérieur, la séreuse a gardé son poli mais elle est manifestement épaissie.

Chez l'enfant, la hernie congénitale étranglée se comporte de toute autre façon. Tout d'abord, Gosselin nous affirme que

cet étranglement est rare. D'autre part, quand il existe, il indique rarement la kélotomie. Il y a bien des opérations de Goyrand, de J. Long, de Moreau, de Warner, etc. Mais en 15 ans, à l'hôpital des Enfants de Londres, Holmes n'a pas eu l'occasion d'en pratiquer une seule; en 10 ans, M. Guéniot n'a eu à intervenir qu'une fois (1). Le professeur Lannelongue me disait encore il y a quelques jours n'avoir pas eu à faire la kélotomie depuis douze ans qu'il exerce à l'hôpital Trousseau, dans un service composé d'enfants au-dessous de quinze ans. Une seule fois, pendant que j'avais l'honneur d'être son interne, en 1884, il a cherché à opérer, et il s'agissait d'une erreur de diagnostic. Je suis responsable de cette intervention inutile, à laquelle au début M. Lannelongue s'était refusé, affirmant que, jusqu'à cette date, il avait toujours vu rentrer par le taxis les hernies de l'enfance. L'incision a conduit sur un kyste suppuré du cordon, remontant dans le trajet inguinal, et les phénomènes d'étranglement étaient dus à une inflammation intra-abdominale dont la cause resta inconnue : l'enfant, après une très grave maladie, se rétablit complètement après évacuation complète par les selles d'une poche purulente qui échappa à toute investigation.

Si donc, comme M. Berger l'affirme (2), on a trop médit du taxis dans la hernie congénitale de l'adulte, en tout cas ce moyen de réduction semble à peu près souverain dans celle de l'enfant. Non pas, sans doute, lorsque, la tumeur restant intra-inguinale, le chirurgien n'a pas de prise sur elle. J'ai communiqué ici même, il y a peu de temps, une observation de kélotomie pratiquée pour une hernie interstitielle étranglée. Mais cette observation elle-même prouve la bénignité relative de cet étranglement; au bout de 8 jours, l'intestin ne présentait aucune lésion sérieuse.

A cette différence clinique évidente semble correspondre une différence anatomique réelle entre le canal vagino-péritonéal de l'enfant et celui de l'adulte. Dans un travail récent, Hugo Sachs (3) a étudié la séreuse testiculaire de

(1) Cités par Féré. *Etudes sur les orifices herniaires et sur les hernies abdominales des nouveau-nés*, in Rev. mens. de méd. et chir.; tirage à part, p. 53 et 65.

(2) Berger. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1887, nouv. sér., t. XIII, p. 671.

(3) Hugo Sachs. *Untersuchungen über den Processus vaginalis Perito-*

l'enfant et il conteste les replis décrits par Ramonède et leur fixité. Mes dissections personnelles m'ont prouvé que, chez l'enfant, il a absolument raison, tandis que la pièce que je vous ai montrée il y a un instant démontre, chez l'adulte, la réalité des brides tranchantes. Donc les valvules, qui font la gravité de la hernie congénitale étranglée chez l'adulte, n'existent ordinairement pas chez l'enfant et cela nous explique la réductibilité facile des hernies à cet âge.

Il y a entre H. Sachs et Ramonède un autre point de désaccord. Ramonède décrit au canal vagino-péritonéal de l'adulte une sorte de vestibule rétro-inguinal, situé entre la paroi abdominale et une sorte de valvule semi-lunaire qui siège à vrai dire dans la fosse iliaque. Sachs dit n'avoir pu rien voir de semblable chez l'enfant. J'ai examiné plusieurs sujets âgés de quelques jours à 18 mois et j'ai presque toujours constaté (comme chez l'adulte de l'obs. V) la disposition décrite par Ramonède. Il s'agit donc là d'un état qui ne semble pas, comme les brides du reste du canal, lié à un processus inflammatoire. Mais Ramonède pense qu'un orifice large, recouvert d'une valvule complètement développée, est l'indice d'une perméabilité totale de la séreuse vagino-péritonéale. La pièce que je vous présente vous montre ce vestibule aussi net que possible, et pourtant la séreuse s'arrête en cul-de-sac au milieu du trajet inguinal.

Je ferai remarquer qu'une valvule à peu près identique existe, chez la petite fille, à l'entrée du canal de Nuck.

III. — OBSERVATIONS DIVERSES

Obs. VI. — *Cure radicale. Récidive (Hernie externe). Lipome du cordon.*

Homme, âgé. Par la cavité abdominale on aperçoit à droite, en dehors de l'artère épigastrique, un orifice herniaire par lequel passe la dernière anse de l'intestin grêle. Cet orifice, assez dur, inextensible, a 25 mill. de diamètre. En dedans de lui est une cicatrice péritonéale à peu près transversale, un peu plissée, continue avec son côté interne, adhérente par sa face profonde au tissu sous-péritonéal et située au niveau

nei als prädisponirendes Moment für die aussere Leistenhernie, in Arch. f. Klin. chir., 1887, t. XXXV, p. 320 (v. p. 331 et suiv.).

de l'artère épigastrique, un peu au-dessus de l'arcade crurale. De la jonction de cette cicatrice avec l'orifice herniaire part une bride que le doigt sent, oblique en bas et en dehors, dans la paroi postérieure du sac qu'elle prend en écharpe. Elle aboutit, vers la face externe, à une induration limitée. En disséquant le sac herniaire, on constate que le trajet est devenu direct. Le sac sort de l'anneau du grand oblique et descend à peu près jusqu'à la tunique vaginale (trop étendue, car elle remonte à 4 cent. 1/2 au-dessus du testicule, en avant du cordon). Ce sac est contenu dans le crémaster et la fibreuse commune; il est situé au-dessus, puis en avant du cordon, dont il se laisse facilement séparer. En l'incisant, on voit que la dureté sentie par le doigt à l'extrémité de la bride déjà décrite est manifestement formée par un petit corps étranger sous-séreux. En disséquant par la face externe, il devient évident que c'est un fil de catgut. A partir de ce point de suture enkysté, la face postérieure du sac, partout ailleurs facile à libérer, se continue avec un tractus fibreux aplati, large de 4 à 5 mill., qui à première vue, semble être un ancien sac oblitéré et en effet remonte dans l'anneau externe et delà jusque dans la cavité péritonéale, où il se soude à la cicatrice déjà décrite, après avoir passé en dehors et au-dessus de l'artère épigastrique et du canal déférent.

Le 1/3 supérieur du cordon (facilement isolable partout) est distendu en dehors par un assez gros lipome, bien lisse, qui s'arrête par une extrémité effilée au niveau de l'anneau du grand oblique. Ce lipome est dans la mince gaine commune aux vaisseaux et au canal déférent. Il est très facilement énucléable. Le côté gauche est normal.

Le scrotum ne présente aucune cicatrice. Je n'ai pas eu à ma disposition la peau de l'aine : je ne sais donc pas si elle en présentait. Le trajet inguinal n'est pas cicatriciel. Mais le fil de catgut et la cicatrice péritonéale ne peuvent s'expliquer que par une opération de cure radicale. Le tractus fibreux semble prouver qu'on a fait le capitonnage et non la résection du sac. L'oblitération supérieure a bien été faite dans le ventre : la cicatrice est remontée et s'est placée en dedans. La récidive s'est faite au niveau de son extrémité interne. Il est bien possible que la hernie primitive ait été congénitale, si l'on tient compte de l'oblitération très élevée de la vaginale.

Obs. VII. — *Hernie directe intra-funiculaire. — Perméabilité de la partie extra-inguinale de la vaginale.*

Homme, âgé. A droite, pas de hernie. Le testicule a été enlevé par un élève avant que je ne prisse la pièce. A gauche, sac déshabité de hernie directe. Ce sac sort par la partie externe de l'anneau du grand oblique et descend à environ deux doigts au-dessous de lui. Il est mince, très peu adhérent, sauf à l'anneau interne, situé en dedans puis en avant du cordon et sous le crémaster. La tunique vaginale incisée, on tombe sur le testicule normal et on voit que la séreuse se prolonge en un canal cylindrique qui remonte au côté antéro-externe du canal déférent et se termine en cul-de-sac à l'anneau du grand oblique. La partie supérieure est en dehors du sac herniaire. Aucune dépression de la fossette inguinale externe.

Obs. VIII. — *Hernie oblique externe située en dehors du crémaster.*

Homme, âgé. Normal à gauche. A droite, la tunique vaginale est normale; en dehors, elle remonte à 1 centim. au-dessus du testicule, en dedans elle s'arrête au même niveau que la glande séminale. En disséquant le cordon, on voit que la tunique fibreuse, recouverte par le crémaster, est en arrière d'un sac herniaire qui s'approche assez du testicule, mais sans l'atteindre. Le sac n'adhère nullement aux parties voisines. Autour de lui, en dedans et en arrière surtout, sont des paquets adipeux longitudinaux qui vont du collet à peu près à mi-hauteur du sac. Ce collet est en dehors et au-dessus de l'artère épigastrique. La hernie contient une anse d'intestin grêle. Ce fait est donc en contradiction avec l'opinion de Cloquet pour qui « le nombre des enveloppes est constant dans la hernie inguinale externe » (1).

Dans toutes ces observations je ferai encore remarquer :

1° La coexistence d'une hernie directe bilatérale avec persistance bilatérale de l'orifice supérieur du canal péritonéo-vaginal (Obs. II).

2° La préformation de la vaginale prouvée par le cul-de-sac qui sort de l'anneau externe dans l'observation V alors

(1) J. Cloquet. Recherches anat. sur les hernies de l'abd. Th. inaug., Paris, 1817, n° 126, p. 84, propos., XLII. Voy. aussi Sarrazin. *Loc. cit.*, p. 23.

que l'anse du canal déférent s'arrête à mi-chemin dans le trajet inguinal (Obs. V).

3° La cause mécanique de l'ectopie testiculaire (adhérence pathologique ou insertion vicieuse du *gubernaculum*), dans l'observation V.

4° La situation des hernies directes sous le crémaster et la fibreuse commune (Obs. II et III), ce qui est, d'après Cloquet (Thèse inaug., 1817, p. 83), un cas relativement rare (voy. aussi Sarrazin, *loc. cit.*, p. 19).

5° La hernie de la dernière anse de l'intestin grêle est particulièrement fréquente dans mes pièces. Dans l'observation IV, si le cœcum eût glissé avant la formation des adhérences inflammatoires, il eût eu, sans contredit, un sac complet. Mais dans l'observation III, il eût eu un sac incomplet et l'adhérence charnue naturelle eût précédé le glissement du côlon, comme cela avait lieu, d'ailleurs, dans une pièce récemment présentée par Ricard.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE